

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

315

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 avril 1899, à 1 heure

PAR

Maurice NICOLAS

LUXATIONS TRAUMATIQUES

DU

TESTICULE

Président : M. LE DENTU, Professeur.

PANAS, Professeur.

Juges : MM. } RICHELLOT, Agrégé.

ALBARRAN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 avril 1899, à 1 heure

PAR

Maurice NICOLAS

LUXATIONS TRAUMATIQUES

DU

TESTICULE

Président : M. LE DENTU, Professeur.

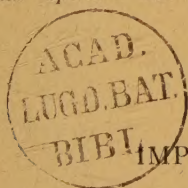
PANAS, Professeur.

Juges : MM.

RICHELOT, Agrégé.

ALBARRAN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRÉ.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNOIS

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LE DENTU

Officier de la Légion d'honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux.

REMERCIEMENTS

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons contracté quelques dettes de reconnaissance envers nos maîtres, et nous sommes heureux de pouvoir leur adresser publiquement l'expression sincère de notre vive gratitude, pour l'empressement avec lequel ils voulurent bien diriger nos études.

Le professeur de SAINT-GERMAIN fut pour nous un maître excellent, dont nous saluons respectueusement la mémoire.

Que M. le professeur TERRIER, veuille bien recevoir nos plus vifs remerciements, c'est à ce savant maître que nous devons nos connaissances chirurgicales et notre éducation antiseptique.

Nous remercions également M. le Dr PERAIRE, des conseils éclairés et des témoignages de bonté qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre court séjour à l'hôpital Bichat.

M. le Dr ROUTIER nous a initié aux difficultés de la gynécologie et de la chirurgie des voies urinaires, nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Les quelques mois passés à l'hôpital civil de Versailles, où nous avons pu apprécier la haute compétence du personnel médical, compteront parmi les plus doux souvenirs de notre vie hospitalière.

Nous avons fort goûté les savantes leçons cliniques de M. le professeur PINARD, ces remerciements sont le témoignage de tout ce que nous devons à son précieux enseignement.

M. le D^r BROUSSIN a bien voulu nous laisser publier l'observation recueillie dans son service par mon excellent ami G. Boricaud ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous sommes particulièrement heureux de rendre un hommage public à notre cher maître M. le D^r LAUNOIS, pour la direction vraiment pratique qu'il donna à nos études pendant notre séjour à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital Herold. Il nous sera difficile d'oublier ses précieux conseils et l'extrême obligeance que tous ceux qui l'entourent savent apprécier ; notre dette envers un tel maître ne pourra être compensée que par la sincérité de notre affection.

M. le professeur LE DENTU a daigné accepter la présidence de cette thèse ; c'est un honneur dont nous apprécions tout le prix, nous l'en remercions bien sincèrement.

DÉFINITION. — HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique de ces curieuses déviations du testicule il importe de dire en un mot ce qu'on entend par *Luxation du testicule*, de différencier nettement cette variété de déplacement de *l'ectopie acquise*.

Nous empruntons à l'excellent travail de MM. MONOD et TERRILLON (1) la plus grande partie de ce qui va suivre.

La glande seminale, grâce à sa grande mobilité dans les bourses, peut échapper au traumatisme.

Chez certains individus et dans certaines conditions que nous nous efforcerons de préciser, cet organe peut être l'objet d'un déplacement temporaire ou définitif. Il peut alors être découvert dans des situations variables ; ou bien cette position correspond à l'une des étapes que parcourt le testicule dans sa migration ; aux cas de ce genre on donne le nom *d'ectopie acquise* (MONOD et TERRILLON) ou *d'ectopie en retour* (CENSIER) (2).

(1) MONOD et TERRILLON. Traité des maladies du testicule Paris, 1889.

(2) CENSIER. Etopie testiculaire en retour Th. de Paris 1888-89,

Dans d'autres circonstances, peut-être plus rares, la glande se fixe dans une situation toute autre que celles mentionnées plus haut. On peut alors la trouver soit sur l'un des côtés de la verge (HOWLET), LEWIS, GUITERAS), soit sous la peau du pli de l'aîne (CHASSAIGNAC, HESS) ou encore dans la région pubienne (WOLFIUS, BRUNS, BORICAUD).

Il s'agit dans ces cas, on le voit aisément, d'une sorte de *luxation du testicule*. C'est ce dernier mode de déplacement qui fera l'objet de ce travail.

Les luxations du testicule sont fort rares. Elles étaient contestées par GOSSELIN qui pensait qu'on se méprenait sur la position de la glande dans ces cas. Le fait le plus ancien paraît remonter à WOLFIUS ; l'observation, malheureusement trop laconique est citée par GODARD : « Un homme âgé de soixante-six ans eut les testicules repoussés jusqu'à l'os pubis par un coup violent. »

Puis vient celle de CHASSAIGNAC (1851) publiée en 1871 par le Bulletin de la Société anatomique de Paris ; il s'agit d'un jeune homme qui eut un testicule luxé par l'action d'un bandage porté pendant dix ans.

La littérature anglaise nous fournit ensuite en 1866 le cas de THOMPSON « cas de luxation probable du testicule. »

Les auteurs Allemands nous rapportent plus tard deux nouvelles observations ; la première est celle de HESS (1873) dans laquelle le testicule du côté droit, à la suite d'une chute violente vint se loger sous la peau du pli de l'aîne correspondant. La seconde est celle de BRUNS (1883) dans laquelle la glande qui, avant l'acci-

dent, était dans sa position normale fut découverte sous la peau du pubis au dessus de la racine de la verge.

Deux ans après, en 1886, le *British Medical Journal* publie, sous la signature du Dr E.H. HOWLETT le premier cas de luxation dans le penis.

Puis le Dr R. GUITERAS (1896), dans le *Médical record* relate une nouvelle observation de luxation dans le penis; et, quelques mois plus tard, un nouveau cas semblable était signalé par M. LEWIS.

Enfin nous avons eu, il y a un an environ, la bonne fortune d'observer une variété de déviation sus-pubienne du testicule dans le service de M. le Dr BROUSSIN, chirurgien de l'hôpital civil de Versailles; l'observation est inédite, elle a été recueillie par mon excellent ami GASTON BORICAUD, interne des hopitaux de Paris.

Parmi les auteurs qui se sont occupés spécialement de la question citons les noms de MM. MONOD et TERRILLON qui dans leur intéressant travail sur les *maladies du testicule* consacrent un long article sur le déplacement de la glande seminale.

Nous avons terminé cette esquisse historique; et, conformément à l'usage établi, nous commencerons cette étude par quelques considérations anatomo-physiologiques. Il nous semble, en effet, que, dans le cas qui nous occupe, il est indispensable de connaître à fond la région intéressée; c'est alors seulement qu'il nous sera possible d'en aborder avec fruit l'étude dans tous ses détails.

APERÇU ANATOMIQUE

Les testicules sont contenus dans une série d'enveloppes dont l'une superficielle, le scrotum est commun aux deux glandes, les autres profondes formant des enveloppes propres à chaque testicule. En allant de la superficie à la profondeur on trouve le scrotum puis le dartos, la celluleuse, l'érythroïde ou crémaster, la fibreuse et la vaginale.

Le scrotum est la peau des bourses. Cette peau, mince, translucide, pigmentée qui présente toujours un raphé médian plus ou moins accusé offre aussi différents caractères, rides, poils rares dont les follicules sont munis de glandes faisant saillie sur la peau pendant le relâchement des bourses, etc. Le plus remarquable des caractères de cette peau, au point de vue chirurgicale est son extrême extensibilité permettant de lui emprunter sans crainte de larges lambeaux à condition toutefois que la vaginale soit indemne. En effet dans le cas contraire il y a retraction empêchant la réparation des tissus.

Le scrotum adhère intimement par sa face profonde

au *dartos* et l'on peut même dire que, « le *dartos* n'est qu'une partie du *scrotum*. » C'est une enveloppe musculaire envoyant dans la cavité des bourses un prolongement médian antéro-postérieur, la cloison du *dartos*. En haut il contribue à former l'appareil suspenseur des bourses, entrant ainsi en connexion avec l'aponévrose périnéale inférieure en arrière, avec les branches ischio-pubiennes sur les côtés. et avec la symphyse pubienne en avant par l'intermédiaire du ligament suspenseur de la verge. Les rides qui se forment sur le *scrotum* sont dues aux fibres musculaires lisses du *dartos*.

La celluleuse est une tunique très mince qui continue le revêtement de l'aponévrose du grand oblique et cette aponévrosé même.

Le cremaster ou érythroïde, est un muscle formé de deux faisceaux; l'un externe, qui est le plus volumineux, provient de la partie externe de l'arcade crurale, l'autre interne descend de l'épine du pubis. Ce *cremaster* est constitué par des fibres musculaires striées ne formant pas un plan continu, elles sont disséminées et viennent figurer des anses musculaires autour du testicule. Ce sont ces fibres qui, en se contractant, produisent la brusque élévation des deux glandes.

D'après quelques auteurs (J. Cloquet, Morel et Duval), le *cremaster* ne serait que la partie inférieure des muscles petit oblique et transverse entraînée par la descente du testicule. Selon d'autres auteurs (Sappey, Tillaux), le *cremaster* ne serait pas autre chose que le reste du *gubernaculum testis*.

La tunique fibreuse ou commune est ainsi appelée

parce qu'elle enveloppe à la fois le testicule, et le cordon au niveau du testicule, elle adhère intimement au feuillet pariétal de la vaginale par sa face profonde. Dans le reste de son étendue, elle est par sa face externe en rapport intime avec le cremaster. La fibreuse naît du pourtour de l'orifice supérieur de l'anneau inguinal et elle tapisse la surface interne du canal inguinal. Cette tunique est le prolongement du fascia transversalis.

La vaginale est une séreuse. C'est une portion du péritoine que le testicule, dans sa descente, a entraîné et dont il s'est entouré. Plus tard, ce diverticulum s'est séparé, au niveau de son pédicule, de la cavité générale du péritoine, il s'est isolé, individualisé en séreuse propre au testicule. La continuité des 2 feuillets de la séreuse vaginale se fait au niveau du bord postéro supérieur du testicule. Ce bord se trouve donc dépourvu de séreuse. D'ailleurs, avec la face interne de l'épidydime, ce sont les seules portions dépourvues de vaginale. Le repli d'union des 2 feuillets appelé cul de sac remonte sur le cordon à une hauteur de 1 centimètre. Ce cul de sac est un peu plus élevé du côté externe. Toutefois, les culs de sacs peuvent remonter beaucoup plus haut. Ils peuvent même parfois chez l'adulte communiquer avec la séreuse abdominale et constituer ainsi le canal vaginal péritonéal. Ce canal normal chez l'enfant s'oblitére peu à peu par soudure des 2 feuillets. Au niveau de la tête et de la queue de l'épidydime, la vaginale passe directement au-dessus de cet organe. Au niveau du corps, au contraire, c'est-à-dire en son milieu, elle se glisse au-dessous, en formant à ce niveau le *mésotestis*.

Le testicule et l'épidydime ne sont pas libres dans la fibro séreuse, mais fixés en bas et en arrière, au niveau de la queue de l'épidydime (Tillaux), à ce niveau la fibreuse commune et l'albuginée adhèrent l'une à l'autre.

Au point de vue physiologique, les enveloppes du testicule ont avant tout un rôle de soutien et de protection. Le scrotum et son peaucier sont doués de contractions lentes, vermiculaires, permanentes, toniques. C'est ainsi que le scrotum acquiert une fermeté et une consistance particulières. Dans les maladies graves, les fièvres, la vieillesse, cette propriété disparaît ou s'atténue. L'érythroïde au contraire est douée de contractions rapides ramenant brusquement la glande vers l'anneau, par exemple dans le coït, le cri, le vomissement, la toux et en général toute sorte d'effort. La vaginale enfin possède les propriétés générales de toutes les séreuses. Elle absorbe, secrète (hydrocèle) se reproduit (pachyvaginalite). Mais son rôle important paraît être surtout, en raison de sa cavité, un rôle de glissement et par cela même de protection.

Les testicules se développent dans la cavité abdominale de chaque côté de la colonne vertébrale, au dessous des reins où on les trouve encore à la fin du 3^{ème} mois de la vie intra-utérine. Dès le 4^{ème} mois ils émigrent et à la fin du 5^e ou 6^e ils se trouvent à l'orifice supérieur du canal inguinal. Ici leur marche est notablement retardée car on ne les retrouve dans les bourses qu'au 8^e ou 9^e mois quelquetemps avant la naissance.

Cette descente s'effectue grâce au gubernaculum testis de Hunter encore appelé musculus testis. C'est un

cordon musculaire conique dont l'extrémité inférieure se divisent en trois: 1^o un faisceau externe qui s'attache à l'arcade crurale, 2^o un faisceau interne qui s'insère à l'épine du pubis, 3^o un faisceau moyen au fond du scrotum. L'extrémité supérieure du gubernaculum est fixée à l'extrémité inférieure du testicule à la queue de l'épidydime et au canal déférent. Le gubernaculum attire donc de haut en bas le testicule dans le scrotum. « Pour Curling et Godard chacun des trois faisceaux inférieurs, joue dans ce but un rôle spécial, l'externe l'attire vers l'orifice supérieur du canal inguinal, l'interne lui fait traverser ce canal pour l'amener au dehors, et le moyen le porte en bas au fond du scrotum. » (1)

(1) Tillaux. Anat. top. 8^{me} édit. p. 870.

ETIOLOGIE

Les luxations du testicule reconnaissent des causes variables que nous allons successivement passer en revue.

Le fait se serait produit plusieurs fois spontanément si l'on en croit quelques auteurs ; et, dans un cas de CHASSAIGNAC cette déviation a eu lieu sous l'action d'un bandage porté pendant 10 ans.

Mais, le plus souvent, c'est à la suite d'un accident de voiture que le déplacement de la glande seminale a été signalé.

Le fait n'avait d'ailleurs pas échappé à MM. MONOD et TERRILLON qui, bien que ne connaissant alors que les deux observations de HESS et de BRUNS, s'expriment ainsi :

« On remarquera que, dans ces deux cas, le traumatisme fut considérable, que, dans les deux aussi, le blessé fut pris sous les roues d'une voiture. On comprend, sans que nous ayons besoin d'insister, l'action

« particulière que peut avoir sur le déplacement de
« l'organe un corps animé d'un mouvement de roule-
« ment. »

Les observations de HOWLET, GUITERAS et BORICAUD
sont venu confirmer pleinement cette manière de voir.

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC.

C'est tout d'abord une douleur très vive et d'un caractère tout spécial. Elle peut revêtir une intensité telle qu'elle donne souvent lieu à une syncope immédiate. Ces phénomènes ont été notés dans plusieurs observations.

La douleur peut aussi s'accompagner seulement d'un sentiment de défaillance, parfois de vomissements subits. « Poignante, causant un sentiment d'angoisse indéfinissable, elle a un caractère tout particulier et bien connu, qui indique nettement que la glande séminale a été touchée. » (1) Cette douleur peut se propager le long du cordon jusqu'aux reins, dans la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen ; elle est exaspérée par la pression et quelquefois par les efforts que fait le malade pour s'asseoir sur son lit.

La période de réaction survient plus ou moins vite, de quelques heures à quelques jours ; elle s'annonce par un gonflement ecchymotique douloureux suivis parfois d'un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale.

(1) Monod et Terrillon. *Loc. cit.*

Arrivons maintenant aux phénomènes caractéristiques. L'erreur la plus commune consiste à méconnaître la luxation, que l'on prend souvent pour un simple épanchement ; mais en interrogeant le sac scrotal on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il y manque un testicule.

De plus l'exploration minutieuse de la tumeur révèle des caractères particuliers sur la nature desquels il ne saurait subsister le moindre doute.

En effet, quoi de plus pathognomonique que cette sensibilité spéciale, cette douleur accablante qu'on provoque en comprimant l'organe.

Et cette attitude spéciale du malade lorsque le testicule s'est luxé dans la région pubienne attitude si bien décrite dans l'observation de BORICAUD.

Il résulte de ces faits que le diagnostic ne saurait présenter aucune difficulté. L'exploration du canal inguinal permettra de différencier la luxation du testicule de l'ectopie acquise.

PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas la prétention d'interpréter d'une façon absolue le mécanisme de ces déviations. Le peu d'observation que possède la science sur ce sujet, ne permet pas, à notre sens, d'en faire une étude complète. Aussi nous bornerons-nous simplement à ajouter quelques hypothèses aux opinions déjà formulées par les auteurs.

Si l'on veut se donner la peine de parcourir les quelques observations que nous publions à la fin de ce travail, on verra facilement que l'interprétation du mécanisme est assez variable.

Chassaignac, dans le cas particulier qu'il a observé pense que « la longue durée de la pression du bandage « chez un enfant devenu jeune homme, c'est-à-dire « pendant la période d'évolution, ferme les voies à la « migration scrotale, par atrophie du guberlaculum et « production d'adhérences celluleuses qui amènent « l'occlusion d'une moitié du scrotum » (1).

(1) *Chassaignac*. — Test-luxé par l'action d'un bandage, porte pendant 10 ans. Bull. Soc. anat. Paris 1871 XVI. 180.

Nous n'avons pu, malgré nos laborieuses recherches, prendre connaissance de l'observation de BRUNS et c'est encore à MM. MONOD et TERRILLON que nous empruntons le passage suivant :

« Dans le fait de BRUNS, disent les auteurs, l'accident remontait à une date trop éloignée pour que la réduction fut possible. Il s'agissait cette fois encore d'un homme renversé par une voiture. BRUNS ne le vit que quatre semaines plus tard. Il trouva la moitié droite du scrotum vide ; le testicule qui, avant l'accident, était dans sa situation normale, fut découvert sous la peau du pubis, au dessus de la racine du penis ; on pouvait sentir le canal spermatique allant de la glande déplacée à l'orifice cutané du canal correspondant. On fit des tentatives pour déplacer le testicule et le réduire, mais elles furent inutiles. Le blessé fut revu au bout d'un an et demi ne ressentant aucun trouble de cette infirmité. Bruns ne dit pas si le testicule s'était atrophié. »

Voici maintenant comment les auteurs s'expriment au sujet de l'interprétation :

« La vacuité de la moitié droite du scrotum ne laissait
« place à d'autre diagnostic que celui-ci : expulsion du
« testicule droit de la situation normale à la suite d'un
« choc brusque ; il avait du, dans un premier être
« chassé dans le canal inguinal, un second coup portant
« sur les cuisses rapprochées l'avait transporté sous la
« peau de la cuisse. » (1).

Il s'agit, dans toutes les autres observations qui nous

(1) *Monod et Terrillon. — Loc. cit.*

furent communiquées, d'une action spéciale du traumatisme action que nous nous efforcerons de bien mettre en lumière.

Le testicule, dans un premier temps, est brusquement refoulé vers le pubis ce refoulement reconnaît pour cause la violence du choc et peut-être aussi chez certains individus, la contraction réflexe du cremaster.

Dans un deuxième temps, saisie entre le corps contondant et le pubis, la glande seminale, grâce à sa consistance particulière échappe au broiement et glisse, comme le ferait un noyau de cerise pressé entre les doigts, à travers le tissu cellulaire voisin. On conçoit aisément que la nouvelle position occupée par cet organe sera variable suivant la direction du choc et les dispositions anatomiques de la région.

Dans d'autres circonstances, peut-être moins difficiles à réaliser (brièveté du cordon, canal inguinal incomplètement fermé), la glande est chassée vers l'anneau et *l'ectopie acquise* est constituée.

Deux nouveaux facteurs étiologiques peuvent, à notre avis, entrer pour une bonne part dans l'explication de ces déplacements traumatiques de la glande seminale.

C'est, d'une part, la brièveté du scrotum, (condition qui se trouvait réalisée d'une façon très nette chez le malade de M. BROUSSIN) on comprend, en effet, sans que nous ayons besoin d'insister, qu'un scrotum trop large ou même normal peut, par ses replis au moment du choc, barrer la route au testicule et l'empêcher de fuir dans le tissu cellulaire,

D'autre part, ne pourrait-on pas faire intervenir comme cause prédisposante de premier ordre cet état particulier du tissu cellulaire que GLENARD, a décrit sous le nom de *ptose générale* ?

Voilà, en peu de mots, tout ce qu'il nous est possible de dire dans l'état actuelle de la question.

Espérons que de nouvelles observations et des recherches plus complètes viendront éclairer d'une façon définitive l'étude si intéressante du mécanisme dans les luxations traumatiques du testicule. ●

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Appelé au moment de l'accident, le chirurgien peut tenter avec succès la réduction ; le testicule remis à sa place les phénomènes douloureux disparaissent et tout rentre dans l'ordre. Mais dans le cas où les tentatives de réductions auraient échoué des adhérences se forment qui fixent la glande dans sa nouvelle situation ; celle-ci peut alors subir des altérations du fait de sa contusion et du fait de son déplacement.

L'atrophie, qui, parfois à brève échéance, succède à un coup porté sur les bourses (fait déjà signalé par A. COOPER) peut aussi survenir à la suite d'un déplacement du testicule. Il résulte, en effet, de l'observation faite par GODARD, que, chez les jeunes sujets au moins, même en l'absence de toute phlegmasie le testicule déplacé s'atrophie progressivement.

Voilà donc un fait qui paraît bien établi. Notons encore que chez les sujets prédisposés il pourrait se produire comme le réveil d'une diathèse jusqu'alors méconnue, phénomène qui n'a pas encore été mentionné dans ce cas

particulier mais qui n'est pas rare dans l'histoire pathologie d'autres organes.

Il ressort clairement de ce qui vient d'être dit que l'avenir du testicule est très compromis car non seulement il y a menace d'atrophie plus ou moins rapide mais la fixation seule de la glande l'expose d'avantage aux contusions. Il y a donc lieu d'intervenir rapidement pour sauver cet important organe.

Pendant les quelques heures qui suivent l'accident nous pensons qu'il faut tenter la réduction immédiate si l'on ne veut pas voir survenir un gonflement et des adhérences qui rendront infructueuses ces tentatives.

On calme les douleurs par des opiacées ; le froid, sous forme de compresses imbibées d'eau glacée ou d'une vessie de glace, trouve aussi son indication contre les phénomènes inflammatoires consécutifs.

Lorsque les tentatives de réduction ont échoué nous pensons que le chirurgien doit, sans plus tarder recourir à l'opération sanglante.

Ces procédés sanglants nous les passerons rapidement en revue, qu'il nous suffise de citer les noms de *Koch* (1826), *Chelius* (1836), *Max Shuller* (1881) et de *Nicoladoni* (1884) qui avec des résultats divers ont repris les essais de fixation du testicule dans les bourses.

Il n'y a pas lieu ici d'adopter le procédé d'abaissement préalable du testicule par des tractions. Ce procédé, exposé par M. le Dr *Tuffier* (1) dans un mémoire fort

(1) Tuffier. Ectopie test. simple ou compliquée de hernie congénit.; son traitement par la celorrhaphie. Mém. Soc. chir., Paris, 1889.

intéressant, trouverait mieux son indication dans les cas d'ectopie congénitale, ou acquise. Les luxations du testicule sont, à notre avis justiciables d'une opération encore plus simple.

La glande libérée de ses adhérences et remise à sa place normale on pratique la *celorraphie* c'est-à-dire la suture du testicule au fond des bourses au moyen de fils de catgut fins, traversant le scrotum et autant que possible l'albuginée seule ; deux à trois fils suffisent. Si le crémaster était trop irritable on pourrait le sectionner.

L'opération terminée, on fermera la plaie par plusieurs plans de sutures et on recouvrira le tout d'un pansement antiseptique ; au bout d'un temps relativement court survient la guérison complète.

OBSERVATION I. — (Chassaignac)

Bulletin de la Société anatomique de Paris, octobre 1871, page 280.

Testicule luxé par l'action d'un bandage porté pendant 10 ans par un jeune homme.

M. de N..., âgé de 21 ans, élève de l'école de Saint-Cyr, vint me consulter le 13 juillet 1851 pour ce qu'il appelait une hernie. C'est à raison de cette hernie, que d'après l'avis de deux chirurgiens de sa ville natale il portait depuis 10 ans un bandage inguinal.

A l'examen je trouve à la partie supérieure de la cuisse, dans le lieu habituel de la hernie crurale, une tumeur ovoïde à grand diamètre transversal, mobile et donnant au palper la sensation du testicule. La bourse scrotale du même côté est vide.

Le jeune malade a quitté depuis quelque temps son bandage qui lui était douloureux, et de plus il a fait la remarque que la

hernie (lisez le testicule), glissait souvent par dessus la pelote du bandage pour venir se placer où on le voit maintenant.

Depuis qu'il a quitté le bandage ce jeune homme s'est souvent livré à des exercices violents, tels par exemple que celui du canon. Il n'a jamais éprouvé de gêne et de douleur quoiqu'il ait fait ces exercices sans bandage. Mais il lui semble qu'il est *dégarni*, c'est son expression, et il en éprouve une sorte de défiance ou de crainte mal définie.

J'explore de nouveau la tumeur. C'est bien le testicule. La pression accuse au malade la douleur caractéristique. La sensation perçue en le touchant est celle qu'on est accoutumé de sentir en pareil cas. Si on refoule la tumeur vers l'anneau en la portant du côté externe vers le côté interne on ne peut pas la réduire. Si on essaye en l'empêchant de fuir, de la porter vers le scrotum, résistance absolue.

Plusieurs fois, sous l'influence de la même cause, j'ai observé ces déviations crurales du testicule ; il paraîtrait que la longue durée de la pression du bandage chez un enfant devenu jeune homme, c'est-à-dire pendant la période d'évolution, ferme les voies à la migration scrotale, par atrophie du gubernaculum et production d'adhérences celluleuses qui amènent l'occlusion d'une moitié du scrotum.

OBSERVATION II (Hess)

Hess : *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1874. N° 21.

Traduite par mon excellent ami *Frédéric Guyot*.

Jacques G..., 31 ans, cordier, se trouvant le 15 août 1873 en période d'exercice militaire, fut précipité par terre du haut d'une prolonge de canon sur laquelle il s'était assis. La roue de derrière lui passa sur le corps, et cela de la façon suivante : en tombant le sabre fut pris entre les deux jambes et l'homme fut renversé couché sur le ventre. La roue lui passa en biais sur le corps et la jambe gauche. Le patient ressentit une douleur si vive dans le scrotum qu'il s'évanouit un instant.

Lorsqu'il revint à lui, il put se relever, mais il lui fut impossible de marcher surtout à cause de la contusion violente de la

cuisse et de la hanche gauches. Transporté à l'infirmerie on lui mit des compresses froides. Le médecin qui l'examina ne constata pas de blessure grave ; il remarqua une petite tumeur sous la peau de l'aîne droite, tumeur qu'il prit pour un épanchement.

Le lendemain le malade fut transporté chez lui. Deux jours après (17 août) on me fait appeler et je constate ce qui suit :

Pas de fièvre. Pouls à 84. Rien aux organes respiratoires ni du côté de l'abdomen. La cuisse gauche depuis le genou jusqu'au pli de l'aîne présente une large ecchymose. A la pression quelques fibres musculaires sont sensibles. Les articulations sont intactes. Le scrotum peu tuméfié coloré en avant par quelques taches ecchymotiques.

Le testicule gauche est à sa place et n'est pas très douloureux à la pression ; la moitié droite du scrotum est vide. A la face interne de la cuisse, à 2 cm. 1/2 environ du pli inguinal, on trouve une tumeur de la grosseur d'une amande se laissant assez facilement refouler vers le haut, mais très douloureuse à la moindre pression. Le penis est normal et intact. On ne constate aucune trace d'ecchymose ni de blessure quelconque sur la cuisse droite.

La forme de la tumeur et la facilité avec laquelle on peut la déplacer en entier vers le haut, l'absence du testicule droit dans le scrotum ne permettait aucun autre diagnostic que celui-ci : c'est que le testicule droit avait été par la chute brusque, chassé de sa place normale sous la peau de l'aîne et cela de telle façon qu'il avait été d'abord refoulé dans le canal inguinal puis suite de la résistance qu'opposait le sabre placé entre les jambes, refoulé vers le bas par un deuxième choc sous la peau de la cuisse.

A cause de la grande sensibilité des parties, je n'osai tenter une réduction énergique, je me contentai seulement de continuer les compresses froides. Le malade ne souffrait d'ailleurs pas lorsqu'il était au repos. Le lendemain 18 août, la sensibilité du testicule luxé avait diminué d'une telle façon que, après quelques essais je pus replacer le testicule dans le scrotum.

La réduction s'opéra de la façon suivante : l'organe fut refoulé en droite ligne vers le haut, puis on le fit repasser dans

l'ouverture artificielle qu'il s'était créée, et, dans un dernier temps il fut replacé dans les bourses. Pour éviter la reascension un simple bandage recouvert de compresses froides suffit.

Dans les huit jours qui suivirent, il n'y eut pas la moindre réaction, et le malade put se lever; par précaution on lui fit porter un suspensoir pendant trois semaines.

Malgré la forte traction subie par le cordon, celui-ci ne présentait aucune lésion.

Au début, la glande ne se trouvait pas complètement au fond du scrotum, et ce n'est que trois mois après qu'elle fut retrouvée à sa place normale.

Actuellement, le patient se trouve bien, ses fonctions génitales ne sont gênées en aucune façon. Telle est la marche de cette affection rare; quand à sa possibilité anatomique, voici ce que dit LUSCHKA dans son *Anatomie du Bassin*, page 257, à propos de la migration du testicule: « Plus rarement la descente du testicule se fait suivant une direction vicieuse, de telle façon que le testicule glisse soit sur le ligament de *Poupart*, soit à travers le canal inguinal et sous la peau de la cuisse. »

Roser parle aussi dans sa *Chirurgie anatomique* de position vicieuse congénitale du testicule.

Dans ces cas particuliers, on pourrait invoquer une de ces positions congénitales; mais les anamnestiques du malade et la facilité relative avec laquelle le testicule fut réduit écarte l'hypothèse d'une déviation congénitale.

Je pense que la dénomination de *luxation* peut être appliquée dans ce cas parce que le mécanisme par lequel l'accident s'est produit est analogue au déplacement d'une tête articulaire.

OBSERVATION III. (Howlett.) Traduction de mon ami Maxime Colletas.

Brihik medical journal (sep. 13, 1890, p. 631).

Hull Royal Infirmary. — Déplacement du testicule
(clinique de E. H. HOWLETT, FRC. S.)

Le déplacement du testicule sans plaie est un accident d'une

telle rareté que je saisis cette occasion de rapporter un cas qui s'est présenté à ma clinique dans le service externe en 1886.

W. C..., âgé de 65 ans, cultivateur, fut renversé par une voiture quatre ans avant de se présenter à l'infirmerie ; la roue du véhicule lui passa obliquement sur le côté gauche de l'abdomen, écrasant le scrotum.

Au cours d'un examen minutieux destiné à compléter les symptômes spinaux par lesquels le malade était venu demander un traitement, les conditions extraordinaires suivantes, des parties génitales, ont été observées :

Le testicule droit était à sa place, il était sain ; mais le testicule gauche était absent du scrotum, on l'a trouvé placé sur le côté gauche du corps de la verge.

L'épididyme était relevé contre l'orifice externe de l'anneau, et était venu se mettre en relation avec le testicule par un cordon qui, au toucher, donnait la sensation du canal déférent normal. Le testicule lui-même semblait être sain ; il était d'une bonne grosseur et sensiblement ferme au toucher ; par la pression, il donnait la sensation caractéristique du testicule.

Il n'y avait aucun doute ni pour le malade ni pour moi, le corps que l'on trouvait sur le côté gauche de la verge était bien le testicule gauche.

Il n'y a eu de ce fait, ainsi qu'il m'a été donné de le constater, aucun inconvénient même momentané, ni aucune diminution dans les fonctions du pénis comme canal de conduction. Le malade mourut dans les premiers jours de 1889, mais je n'ai pas eu connaissance de son décès en temps opportun pour me procurer ce spécimen.

OBSERVATION IV. (*R. Guiteras*). Traduite de l'Anglais par mon ami V. Basquel.

R. Guiteras. Medical Record, 4 janvier 1896, p. 11.

Observation sur un cas de déplacement du testicule dans le pénis.

Le malade J. C. âgé de 52 ans porteur de piano, me fut adressé à *Post-Graduate Medical School* par le Dr *Médina*,

médecin du dispensaire Nord-Ouest, pour une déformation des organes génitaux externes par suite d'accident.

Comme antécédent le malade ne présente rien de particulier ; il n'a jamais eu de maladie vénérienne ni aucun trouble du côté des organes génitaux sauf quelques accès d'urethrite de courte durée sans complication.

Voici en quelques mot son état actuel :

Il y a environ deux mois le malade conduisait une charrette lourdement chargée, lorsque, voyant tomber un morceau de corde du véhicule ; il sauta pour le ramasser. En touchant le sol il glissa et tomba ; la roue de la charrette lui passa entre les jambes, sur le côté gauche du pubis, l'aîne, le flanc jusqu'au côté gauche du thorax.

Après cet accident il essaya de se relever mais ne put se supporter sur sa jambe gauche qui lui semblait flexible et faible. Il sentit, de plus, une vive douleur au niveau de la hanche gauche et des reins.

Il resta étendu quelques instants sur le bord de la route jusqu'à ce qu'une voiture d'ambulance put être requise, qui le conduisit à l'hôpital le plus proche. A son arrivée, il fut examiné le chirurgien de la maison qui constata ; une fracture des sixième et septième côtes, une contusion violente de la hanche gauche ; la roue avait de plus traversé les tissus mous de la région pubienne gauche déchirant plusieurs branches artérielles ce qui occasionna une abondante hémorragie.

Le malade fut placé sur un matelas d'eau et ses côtes fracturées furent l'objet de soins appropriés.

Plus tard, dans la journée, le scrotum, le penis, la partie voisine de la cuisse et de la hanche gauche présentaient une tuméfaction noirâtre occasionnant des douleurs fort vives. Un sachet de glace fut alors placé sur ses parties génitales.

Au bout d'une semaine le gonflement et la douleur avaient diminué au point que l'on pût cesser l'usage de la glace.

Le malade resta couché environ trois semaines ; durant ce temps la douleur sembla se localiser dans sa cuisse quoique sa verge fut encore sensible. Pendant son séjour à l'hôpital il se sentait bien au repos dans le décubitus dorsal, mais sitôt qu'il

essayait de s'asseoir il éprouvait une sensation de faiblesse accompagnée de nausées et de vertiges. En quittant l'hôpital, il était encore faible et marchait avec l'aide de bequilles. Arrivé chez lui il garda encore le lit pendant près de quinze jours. Peu après il s'en fut consulter le Dr Médina qui me l'adressa pour être traité.

A son arrivée à Post-Graduate médical School il présentait les particularités suivantes :

Le malade était un gros homme, solidement bâti. Son état général paraissait bon, il ne se plaignait que d'une douleur à la hanche et d'une grande gêne à son penis qui était particulièrement sensible au toucher.

En le questionnant sur l'état des ses parties génitales il raconte qu'il n'éprouve aucune difficulté à uriner depuis sa lésion ; toutefois depuis cette époque il n'a jamais eu d'érection bien que son sens génital fut parfait avant l'accident.

L'examen local permet de constater que le scrotum est flasque à sa partie inférieure tandis qu'à la partie supérieure se trouve une masse nodulaire.

Sur la partie supéro-antérieure du sac se trouve une petite plaie n'étant pas encore complètement cicatrisée. Elle reconnaissait pour cause le passage de la roue sur cette région qui a provoqué l'hémorragie déjà mentionnée. Le penis semblait aplati et d'une largeur anormale à sa base où il mesurait cinq cinq pouces et demi de circonférence et deux pouces de largeur. Le côté gauche de l'organe paraissait particulièrement bombé depuis la partie située en arrière du gland jusqu'au pubis ; au toucher, cette masse donnait la sensation élastique spéciale au testicule. A une exploration plus minutieuse, on remarque que la forme est ovale et en relation directe avec la masse nodulaire au niveau de la jonction peno-scrotale du côté gauche.

Relevant la verge pour examiner sa surface inférieure, la difformité est plus frappante et la relation entre la masse du côté gauche du penis et celle du scrotum est bien plus nette.

La palpation du scrotum à sa partie inférieure, sous la masse nodulaire fait découvrir un corps allongé s'étendant à peu près

jusqu'au fond du sac scrotal où l'on sentait qu'il était encore légèrement dilaté,

Il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'une luxation du testicule dans le penis; et ce qu'il importait de savoir était : comment elle s'était effectuée ; comment la réduire ?

Ici l'auteur rappelle, en quelques mots l'anatomie du testicule et de ses enveloppes : plus loin il poursuit.

Le corps oval situé sur le côté gauche de la verge semblait être le testicule ; la masse nodulaire située à la partie supérieure du scrotum, le globus major. Le corps allongé s'étendant de la portion nodulaire située au-dessus du scrotum jusqu'au fond de la poche paraissait bien être le corps de l'épidydimé et le globus minor.

Il était donc évident que la glande avait été arrachée du corps de l'épidydimé et que le globus minor avait été retourné sur le globus major puis avait traversé le feuillet pariétal de la vaginale pour venir se loger sous le dartos du penis.

La question du mécanisme étant élucidée le second point intéressant était de savoir comment opérer la réduction.

La glande, déplacée depuis si longtemps, était fixée par des adhérences, il ne semblait pas probable qu'elle put être réduite autrement que par une opération sanglante avec anesthésie.

Je dirigeai donc le malade vers *Columbus Hospital* pour un traitement plus complet.

Le lendemain, il fut éthérisé suivant le procédé CARTER COLE, c'est-à-dire par le mélange de l'oxygène et de l'éther dans un vase à éther, et la réduction par manœuvres externes fut essayée sans succès. Une incision fut alors pratiquée sur la partie latérale du penis, à peu près au centre de la tumeur; s'étendant d'un pouce environ en arrière du gland, jusqu'à la jonction pénoscrotale sur le côté gauche. La peau et le dartos ayant été divisés, le testicule fut mis à nu.

On essaya alors de réduire la glande, mais les adhérences étaient trop fortes pour que la réduction fut possible. Alors une seconde incision fut faite de la jonction pénoscrotale gauche,

jusqu'à la partie du scrotum recouvrant le globus major de l'épididyme.

Les adhérences qui se trouvaient surtout aux environs du globus major furent détruites. La même incision avait ouvert aussi la partie supérieure de la tunique vaginale, et, après avoir libérer la glande, on essaya de la remettre à sa place. Le sac semblait cependant trop petit pour la contenir, ce qui paraissait dû à des altérations inflammatoires ou à une rétraction causée par l'absence de la glande pendant cette courte période. Force était donc de l'étendre à l'aide des doigts avant d'y placer le testicule.

La réduction opérée, on lava le tout soigneusement avec une solution chaude d'acide borique et on fait les sutures.

Le dartos du pénis fut fermé par une suture continue de catgut, la peau avec de la soie. Le tout recouvert d'un pansement ordinaire.

Le malade dit avoir éprouvé une sensation immédiate de soulagement après l'opération.

Trois jours après, quelques points de suture furent enlevés, et au bout de six jours le reste. Le malade put alors se lever et marcher avec une certaine facilité. La sensibilité de la verge avait disparu, et sauf une légère douleur à la hanche, il se sentait entièrement rétabli.

Un mois après, le malade vint nous visiter; il déclara que ses organes génitaux étaient dans le même état qu'avant l'accident, sauf une faible torsion remarquée sur le côté lésé de son pénis en état d'érection, torsion due probablement à la cicatrice consécutive à l'opération. Il raconte aussi avoir eu des rapports sexuels suivis d'éjaculations sans douleur. Sa hanche cependant restait encore faible.

OBSERVATION V

Recueillie à l'hôpital civil de Versailles dans le service de M. le Dr BROUSSIN par mon excellent ami Gaston BORICAUD, interne des hôpitaux.

G..., Paul, maçon de sa profession, âgé de 32 ans, sans anté-

cédents héréditaires intéressants, sans antécédents personnels, bien conformé, sans anomalies de développement, n'a jamais été malade avant l'accident pour lequel il entre à l'hôpital civil de Versailles dans le service de M. Broussin, le 23 novembre 1897.

Le malade conduisait en effet le 30 octobre de la même année un charriot pesamment chargé, lorsque le cheval qui allait, assez vite s'arrêta brusquement.

En vertu de la vitesse acquise, un choc se produisit et le malade a été projeté hors de la voiture tombant à califourchon sur une des roues. Le cheval ayant repris son allure, la roue pénétra dans le pli interfemorale heurtant violemment les bourses. Le malade raconte avoir alors perdu connaissance et fut transporté à son domicile.

Dès le soir de l'accident, une vaste ecchymose apparaissait aux bourses, dans les plis genito-cruraux et à la région sous-pubienne où l'on remarque une tumeur qui a été prise pour un épanchement sanguin.

Mais peu à peu, au bout de deux jours, ce gonflement s'accroissait de plus en plus. Après avoir été soumis à un repos prolongé, à des applications de cataplasmes, le malade ne voyant pas diminuer sa tuméfaction, éprouvant de plus des phénomènes douloureux dans la hanche se décide à venir consulter à l'hôpital.

À son entrée, le malade examiné debout et en marche. On est tout d'abord frappé de sa démarche : les jambes sont écartées, le corps est plié en deux comme pour éviter les contractions de la paroi abdominale qui provoque la douleur par compression.

L'inspection de la région pubienne donne les résultats suivants : dans cette région proemine une tumeur de forme ovoïde dont le grand axe vertical mesure environ 14 centimètres sans grande modification de coloration à la peau, n'étaient quelques taches ecchymotiques discrètes, avoisinant le pli genito-crural gauche.

Si l'on pratique le palper, on s'aperçoit que la masse est mobile sous la peau, mobile sur les plans sous-jacents, de consistance variable suivant les points observés. Tout près de la

symphyse pubienne et de bas en haut comme en largeur, il y a un mélange d'induration et de fluctuation.

Mais outre ces sensations, le palper permettait de percevoir en se rapprochant de l'extrémité de la tumeur et un peu à gauche un corps élastique, renitent, qu'on arrive d'ailleurs à isoler à peu près et qui, étudié d'une façon plus complète, affecte une configuration reniforme à grand axe transversal mesurant environ 4 centimètres 1/2 à bord supérieur convexe, à bord inférieur masquée, difficile à explorer.

Mais ce qui surtout attire l'attention c'est que la pression exercée sur ce corps reniforme, provoque une douleur vive, accablante, sensation spéciale qui fait penser à la sensibilité testiculaire.

En effet, l'examen du scrotum pratiqué à ce moment montre un sac deshabité du côté gauche.

On y trouve cependant une petite induration donnant l'illusion d'un testicule atrophié, mais par son insensibilité, par son absence de relation avec le cordon paraît être une tumeur de nature quelconque sauf glandulaire.

D'ailleurs l'examen comparatif du côté opposé permet de constater un testicule non augmenté de volume par suppléance, coiffé normalement de son épidydime auquel fait suite un cordon s'engageant dans l'orifice cutané du canal inguinal correspondant.

Reprenant l'exploration du côté du sac scrotal deshabité, la recherche du cordon est difficile, on ne le trouve pas. En interrogeant l'anneau inguinal on parvient à sentir quelques éléments du pédicule testiculaire. En les suivant de haut en bas on se rend compte qu'ils ne descendent pas dans les bourses, mais par un trajet recurrent ils semblent s'engager dans un nouvel anneau accidentel fibreux ouvert en bas et en dehors et situé entre l'orifice cutané du trajet inguinal en dehors et la racine de la verge en dedans. Le doigt introduit dans ce canal remonte assez haut et surtout en dedans du côté de la symphyse pubienne et cela à un tel point que si, à ce moment, l'on combine le toucher digital au palper manuel de la région pubienne on parvient à reconnaître le testicule englobé au milieu d'une

masse fluctuante et indurée ayant perdu son domicile scrotal où des tentatives de réduction ne peuvent le réintégrer.

En raison des troubles fonctionnels observés, le malade passe à la salle d'opération le vendredi 26 novembre.

OPÉRATION

Une incision de 7 centimètres environ est pratiquée verticale ment entre l'orifice cutané du canal inguinal et la racine de la verge en dedans débordant également en haut et en bas.

Divisant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané M. Broussin met à nu une lame fibreuse, résistante, d'aspect aponévrotique. Par des incisions libératives nous voyons que cette lame fibreuse délimite la poche sus-pubienne remplie de liquide. Une ponction l'évacue et fait sortir un liquide d'aspect séreux, plutôt clair que citrin de quantité assez abondante pouvant être évaluée à 100 gr. environ,

L'examen de la poche ainsi vidée et incisée, permet de reconnaître que la lame fibreuse représente la tunique fibreuse des bourses tapissée intérieurement du feuillet pariétale de la séreuse vaginale où le liquide s'était accumulé.

On trouve le testicule étendu transversalement, avec l'épidy dyme en avant auquel fait suite le cordon qui décrit une sorte de courbe à concavité tournée en haut et va rejoindre l'orifice cutané du trajet inguinal, orifice d'ailleurs normal, plutôt rétréci, admettant à peine la pulpe du petit doigt sans pointe de hernie.

On pense alors à ramener la glande au fond des bourses. L'incision est agrandie en bas vers le scrotum mais la tunique fibreuse est bridée au-dessus du pubis par de petits tractus indurés, la sillonnant en tous sens ; il faut s'aider des ciseaux et des doigts pour la libérer. Au moment de faire descendre l'organe dans les bourses, l'exploration du sac scotal permet de sentir la petite tumeur soupçonnée de glande supplémentaire. Une section entre deux ligatures l'isole et l'examen macroscopique permet de constater que cette petite masse paraît-être de nature

vasculaire. L'examen histologique pratiqué plus tard donna les mêmes résultats.

La toilette du testicule est alors faite; La tunique fibreuse fermée par une suture en surjet est ramenée avec son contenu au fond du scrotum où quatre points de fixation complète l'*orchidopexie*.

La plaie est ensuite fermée par deux plans de sutures en surjet.

CONCLUSIONS

Le peu d'observations que possède la littérature médicale sur cette affection ne permet pas, à notre avis, de conclure d'une façon définitive. Nous nous contenterons simplement d'ajouter quelques hypothèses aux opinions déjà formulées par les auteurs :

1° Le testicule peut, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traumatisme, être chassé des bourses ;

2° Ces déplacements reconnaissent pour cause, le plus souvent, l'action particulière d'un corps animé d'un mouvement de roulement (Monod et Terrillon) ;

3° Les positions vicieuses occupées par la glande varient suivant la direction du choc et les dispositions anatomiques des régions voisines.

On peut alors trouver le testicule sur les côtes de la verge (trois cas), au niveau du pubis (trois cas), ou dans la région inguinale (deux cas).

4° Parmi les causes prédisposantes, n'y aurait-il pas lieu de faire intervenir trois nouveaux facteurs tels que : la brièveté du scrotum, l'ouverture insuffisante du canal inguinal, et peut-être aussi cet état particulier du tissu

cellulaire décrit par M. GLENARD sous le nom de *ptose générale* ?

5° Lorsque la réduction peut être opérée avec succès, les phénomènes douloureux disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Mais, en cas d'échec, l'avenir de la glande déplacée est très compromis. Il résulte, en effet, de l'observation faite par GODARD que le testicule déplacé s'atrophie progressivement. De plus, son immobilité l'expose davantage aux contusions. Le pronostic est donc fort grave.

6° Tenter immédiatement la réduction avant que les adhérences n'aient le temps de se former. En cas d'échec, recourir sans retard à l'opération sanglante : libération de l'organe, sa fixation au fond du scrotum par deux ou trois points de suture, enfin application d'un simple bandage.

VU LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DENTU.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- AUGAGNEUR, MOLLIÈRE et RECLUS. — Art. Testicule du Dict. encycl. des sc. méd. 3^e série, t. XVI, Paris 1886.
- BRUNS. — Luxatio testis, Mittheil aus der chir. Klin. ru Tübingen 1883-4, p. 485-489.
- GENSIER (J. E). — Ectopie testiculaire en retour (Th. Paris 1888-89, n^o 288).
- CHASSAIGNAC. — Testicule luxé par l'action d'un bandage porté pendant 10 ans. Bull. soc. anat. Paris 1871, XLVI, 280.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, Paris 1892, t. VIII Luxation du test. ectopie acquise, p. 118-120.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de path. chir. t. VII, p. 356. (Anomalies du testicule).
- GUITERAS (R). — Report of a case of dislocation of the testicle into the penis. Méd. rec. N. X, XLIX, 11-3, janv. 96.
- GODARD. — Recherches sur les monorchides et les cryptorchides. Paris 1856. Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie. Paris 1857.
- GOSSELIN et WALTHER (L). — Testicules anomalies. Nouv. dict. de méd. et chir. prat. Paris 1883, XXV, 240-360.

(1) Nous regrettons vivement n'avoir pu prendre lecture des observations de *Bruns, Kiche, Lewis, Thompson*. Ces publications n'existent ni à la Bibliothèque nationale ni à celle de la Faculté de médecine. Nous croyons cependant bien faire en les laissant figurer dans l'index bibliographique; espérant ainsi faciliter les recherches qui pourraient être entreprises ultérieurement sur ce sujet.

- HESS. — Correspondenz blatt für schweizer aerzte 1874, n° 21.
- HOWLETT. — Dislocation of the testicle ; Brit. méd. J. Lond. 1890, ii, 631.
- KICHE (A). — Scheinbare Hernien, durch dislokation der Hoden erzeugt mil. ärztl. ztg., Wien 1863, 30.
- LE DENTU (A). — Des anomalies du testicule. Paris 1869, p. 52.
- LEWIS (B). — A case of dislocation of testicle into the penis Saint-Louis' Clinique av. 96 IX., 53.
- MONOD (ch.) et TERRILLON (O.) — Traite des maladies du testicule Paris 1889. Ectopie acquise et Luxation p. 125.
- POPOW (W) Ectopie testiculaire peno-pubienne ant. Bull. Sco. anat. Paris, 1888, IXIII. 655-657.
- L. TESTUT. — Anatomie humaine T. III, édit. 1896. Testicule p. 453. Enveloppes p. 477.
- THOMPSON. — Case of probable dislocation of the testicle Nashville J. M. et S. 1866 n. S. i, 39-42.
- TILLAUX (P). — Anatomie topographique, 8^e éd. p. 870.
- TUFFIER. — Ectopie test. simple ou compliquée de hernie congénitale ; son traitement par la celoraphie. Bull. mem. soc. chir. 1889. Paris, t. XV, p. 311.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN & JAGUIN
